

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

КГБОУ ДПО «ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

КГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА С.И. СЕРГЕЕВА

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения

Хабаровского края



А.В. Витько А.В. Витько

« 16 » ноября 2018 г.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Информационно-методическое письмо
для специалистов здравоохранения

Хабаровск
2018

УДК 616.24-002-039.57(072)

ББК 54.12я7

О 60

Оптимизация ведения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях : информ.-метод. письмо для специалистов здравоохранения / авт.-сост. О.В. Молчанова; КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» м-ва здравоохранения Хабаров. края. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2018. – 12 с.

Учреждение-разработчик: КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края

Автор-составитель:

О.В. Молчанова – заместитель главного врача по медицинской части КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» имени профессора С.И. Сергеева, профессор кафедры терапии и профилактической медицины КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», главный внештатный пульмонолог министерства здравоохранения Хабаровского края, ДФО, д.м.н.

Рецензенты:

В.А. Добрых – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор

И.В. Хелимская – профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, главный пульмонолог медицинской службы РЖД Хабаровского края, д.м.н.

Информационно-методическое письмо посвящено проблеме повышения эффективности ведения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях у взрослых. Рассмотрены вопросы диагностики заболевания, показания для госпитализации, приведены рекомендации по выбору схем лечения пациентов.

Информационно-методическое письмо предназначено для врачей всех специальностей и фельдшеров СМП.

Утверждено на заседании педагогического совета Института повышения квалификации специалистов здравоохранения 31 октября 2018 года.

Список сокращений

- ВП – внебольничная пневмония
- ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- МАКМАХ – Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии
- НДП – нижние дыхательные пути
- ОФВ1/FEV1 – объем форсированного выдоха в 1 секунду
- РРО – Российское респираторное общество
- ФВД – функция внешнего дыхания
- ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ВВЕДЕНИЕ

Благодаря широкому внедрению современных антибактериальных препаратов за последние годы отметилась четкая положительная динамика по снижению смертности от пневмонии в Хабаровском крае. Так, если в 2011 году в крае смертность от пневмонии была 56,17 случая на 100 тысяч населения, то в 2017-м – 33,0. К сожалению, часть больных погибают в амбулаторных условиях либо поступают в стационар на лечение поздно, ранее получив неадекватную антибиотикотерапию, что усугубляет прогноз по заболеванию.

Представленное методическое пособие предназначено для систематизации знаний по диагностике и оптимизации лечения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях. Оно составлено на основании рекомендаций Российского респираторного общества (РРО) и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) по ведению больных с внебольничной пневмонией^{1,2}.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Внебольничная пневмония – острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (то есть вне стационара, или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения ≥ 14 суток), сопровождающееся симптомами инфекции НДП (*лихорадка, кашель, отделение мокроты, возможно гнойной, боли в груди, одышка*) и рентгенологическими признаками свежих очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии диагностической альтернативы.

Современная классификация пневмоний

I. Внебольничная пневмония:

- 1) типичная (бактериальная, вирусная, грибковая);
- 2) у пациентов с выраженным нарушением иммунитета:
 - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);
 - прочие заболевания/патологические состояния.

II. Нозокомиальная пневмония.

III. Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи:

- 1) антибактериальная терапия в предшествующие 3 месяца;

¹ Внебольничная пневмония / под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2018. – 54 с.

² Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых / под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2014. – 82 с.

- 2) госпитализация в течение ≥ 2 суток в предшествующие 90 дней;
- 3) пребывание в учреждениях длительного ухода;
- 4) хронический диализ ≥ 30 суток;
- 5) обработка раневой поверхности в домашних условиях;
- 6) иммунодефицитные состояния/заболевания.

КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Диагноз ВП является определенным при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и по крайней мере двух клинических признаков из числа следующих:

- острая лихорадка в начале заболевания ($t > 38,0$ °С);
- кашель с мокротой;
- физические признаки (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
- лейкоцитоз > 10 тыс./мл и/или палочкоядерный сдвиг (> 10 %).

Диагностика пневмонии основана на обнаружении характерных признаков при отсутствии альтернативного объяснения их возникновения.

Внебольничная пневмония должна исключаться у всех лихорадящих пациентов: с алкоголизмом, с болью в животе, у беременных, с нарушением сознания и психологического статуса.

Рентгенодиагностика ВП

- При подозрении на пневмонию должна проводиться по экстренным показаниям.
- Рентгенодиагностика должна проводиться в прямой и боковой проекциях (для выявления нижнедолевой левосторонней пневмонии).
- В практике полноформатная пленочная рентгенография может заменяться цифровой флюорографией, которая в этих случаях выполняется в тех же проекциях.
- Без рентгеновского подтверждения диагноз пневмонии не правомерен.
- Основным рентгенологическим признаком пневмонии является локальное уплотнение (затемнение, инфильтрация) легочной ткани.

NB!!! У части пациентов на ранних стадиях может не выявиться инфильтративных изменений; необходим рентген-контроль при сохраняющейся/нарастающей клинике.

- Повторное рентгенологическое исследование показано при прогрессировании клиники заболевания и/или возникновении осложнений.

- Рентген-контроль должен проводиться через ≥ 14 дней после начала антибиотикотерапии. Цель – исключить рак и туберкулез легких, протекающие под маской ВП.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ

Выбор места лечения – ключевой вопрос после подтверждения диагноза внебольничной пневмонии. Большой выбор современных антибактериальных пероральных препаратов позволяет значительной части больных получать адекватное лечение на дому.

В настоящее время существует несколько оценочных шкал по уточнению степени тяжести течения пневмонии и определению места лечения. Однако следует знать, что оценивается тяжесть состояния и/или прогноз в конкретный период времени, при этом не учитываются вариабельность клинической картины ВП и возможность быстрого прогрессирования заболевания. Прогностические шкалы не рассматривают такие факторы, как декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний, которые усугубляют прогноз.

Выбор места лечения в каждом конкретном случае решается врачом индивидуально.

Больной пневмонией в течение первых 3–5 суток должен ежедневно осматриваться врачом/фельдшером с целью оценки состояния, динамики заболевания, определения показаний для госпитализации, коррекции лечения.

Помимо сбора анамнеза и физикального обследования, диагностический минимум обследования в амбулаторных условиях включает рентгенографию органов грудной клетки; исследование общего анализа крови, мокроты на микобактерии туберкулеза, атипичные клетки.

Госпитализация при подтвержденном диагнозе ВП обязательно показана при наличии как минимум одного из признаков:

- Данные физикального исследования: частота дыхания ≥ 30 в 1 минуту, диастолическое артериальное давление ≤ 60 мм рт. ст.; систолическое давление < 90 мм рт. ст., ЧСС ≥ 125 в 1 минуту; температура $\leq 35,5$ °С или $\geq 39,9$ °С, нарушение сознания.

- Лабораторные и рентгенологические данные: лейкоцитов периферической крови $< 4,0$ тыс./мл или $> 20,0$ тыс./мл; гемоглобин < 90 г/л; SaO₂ < 92 % (по данным пульсоксиметрии), пневмоническая инфильтрация, локализуемая более чем в одной доле, наличие полости распада, плевральный выпот; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации > 50 % в течение ближайших 2 суток);

внелегочные очаги инфекции, сепсис, признаки полиорганной недостаточности с метаболическим ацидозом и коагулопатией.

- Невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях.

- Неэффективность стартовой терапии в течение 48–72 часов.

- Предполагаемая аспирация.

- Беременность.

- Признаки декомпенсации сопутствующего заболевания.

Стационарное лечение ВП предпочтительно в случае:

- возраст старше 60 лет;

- наличие сопутствующих заболеваний (хронический бронхит/хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит веса, цереброваскулярные заболевания);

- желание пациента и/или членов его семьи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ

Антибиотикотерапия ВП начинается сразу по установлении диагноза.

Рекомендации по антибиотикотерапии ВП в амбулаторных условиях

Группа	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Нетяжелая ВП у лиц моложе 60 лет, без сопутствующих заболеваний, не принимавших последние 3 месяца антибиотиков	Амоксициллин 500–1000 мг * 2–3 раза/сут внутрь	Макролиды* внутрь
Нетяжелая ВП у лиц старше 60 лет, и/или с сопутствующими заболеваниями, или получавших последние 3 месяца антибиотиков	Амоксициллин/клавуланат 1,0 * 2 раза/сут <i>или</i> амоксициллин/сульбактам 1,0 * 3 раза/сут внутрь	Респираторные ФХ внутри**

* *Кларитромицин 500 мг * 2 раза/сут, или азитромицин 500 мг/сут, или кларитромицин СР 500 мг/сут.*

** *Левифлоксацин 500 мг/сут, моксифлоксацин 400 мг/сут.*

В первую группу включены пациенты без сопутствующих заболеваний и не принимавшие за последние 3 месяца системные антибиотики ≥ 2 дней. У этих больных адекватный клинический эффект может быть получен при применении пероральных препаратов. В качестве препарата выбора рекомендуются амоксициллин или макролидные антибиотики. Сравнительная эффективность применения аминопенициллинов, макролидов и респираторных фторхинолонов в этой группе больных не выявила различий (категория доказательств А). При эпидситуации роста пневмоний микоплазменной этиологии приоритетно использование современных макролидов у пациентов данной группы.

Во вторую группу включены больные ВП с сопутствующими заболеваниями (ХОБЛ, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, онкопатология, онкогематология, хронический алкоголизм, наркомания, истощение, ожирение, ЦВЗ и др.), пациенты, длительно получающие иммуносупрессивную терапию, и/или принимавшие последние 3 месяца антибиотики ≥ 2 дней, что способно оказать влияние на этиологию и обусловить неблагоприятный исход заболевания. У пациентов второй группы в качестве препаратов первой линии рекомендуются антибиотики, активные в отношении грамотрицательной флоры (в том числе антибиотикорезистентной) – амоксициллин/клавуланат или амоксициллин/сульбактам). Сочетание с макролидами этих препаратов перекрывает в том числе атипичных возбудителей заболевания.

Альтернативой терапии может быть применение респираторных фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин).

При эпидситуации роста пневмоний микоплазменной этиологии должны назначаться левофлоксацин или моксифлоксацин у пациентов данной группы.

Использование аминогликозидов (гентамицин и др.), цефазолина, доксициклина и ципрофлоксацина при лечении внебольничной пневмонии следует считать ошибочным, так как эти препараты неактивны в отношении основных возбудителей пневмонии.

Особую группу наблюдения составляют беременные, которые обязательно должны госпитализироваться. При отсутствии возможности госпитализации:

- в течение первых 3–5 суток ежедневный осмотр для определения тактики лечения, повторного решения вопроса о госпитализации;
- коллегиально совместно с акушерами – решение о тактике ведения беременности, вопроса о родоразрешении;
- в плане антибиотикотерапии β -лактамы антибиотики разрешены при беременности. Из макролидов возможно использование азитромицина, спиромицина, джозамицина. Противопоказаны при беременности фторхинолоны, тетрациклины, аминогликозиды.

Практика парентерального введения антибиотиков в амбулаторных условиях не имеет доказанных преимуществ перед применением современных пероральных антимикробных препаратов. Они могут применяться избирательно (при низкой комплаентности, отказе или невозможности применения пероральных лекарств). У пациентов первой и второй групп показано применение цефтриаксона (1,0–2,0 в/м каждые 24 часа). Оценка эффективности антибиотикотерапии должна проводиться через 48 часов после начала антибиотикотерапии. Критерии эффективности: снижение температуры, уменьшение одышки. Если температура сохраняется высокой и симптоматика прогрессирует – лечение неэффективно. Показана госпитализация, при невозможности стационарного лечения – коррекция антибиотикотерапии.

Выбор антибактериального препарата при неэффективности стартовой терапии

Препарат 1-й линии	Препарат 2-й линии	Комментарий
Амоксициллин	Макролид	Возможны атипичные возбудители
Амоксициллин/ клавуланат Амоксициллин/ сульбактам	Респираторный фторхинолон Макролид	Возможны атипичные возбудители
Макролид	Амоксициллин/клавуланат Амоксициллин/сульбактам Респираторный фторхинолон	Возможные возбудители: антибиотикорезистентный пневмококк или грам(-) бактерии

При подозрении на вирусную этиологию пневмонии должны назначаться осельтамивир, занамивир или ингавирин по общепринятым схемам. Беременным разрешены только осельтамивир, занамивир.

Критерием отмены антибиотиков является стойкая нормализация температуры 48–72 часа при положительной динамике других симптомов и отсутствии клинической нестабильности. Продолжительность обычно 7–10 дней.

Клинические признаки и состояния, не являющиеся показанием для продолжения антибиотикотерапии

Признаки	Пояснения
Стойкий субфебрилитет (37,0–37,5 °С)	При отсутствии иных признаков инфекции может быть проявлением неинфекционного воспаления, постинфекционной астении (вегетативной)

	дисфункции), медикаментозной лихорадки
Остаточные изменения на рентгенограммах (инфильтрация, усиление легочного рисунка)	Могут наблюдаться до 1–2 месяцев после пневмонии
Сухой кашель	Может быть до 1–2 месяцев после пневмонии, особенно у курящих, при ХОБЛ
Хрипы при аускультации	Сухие хрипы могут наблюдаться в течение 3–4 недель после ВП и отражают естественное течение заболевания (локальный пневмофиброз на месте)
Увеличение СОЭ	Неспецифический показатель, не является признаком только бактериальной инфекции
Астенизация, потливость	Постинфекционная астения

При длительно сохраняющейся клинической, лабораторной и рентген-симптоматике ВП необходимо проводить дифференциальную диагностику с раком легкого, туберкулезом, застойной сердечной недостаточностью.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ³

Пациенты с внебольничной пневмонией наблюдаются терапевтом, пульмонологом в течение года в группе II ДН. Через год после полного восстановления пациент переводится в I ДН. В случае наличия необратимых изменений в легких переводятся в III ДН.

Заболевания	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Перечень диагностических исследований
Острые болезни легких (пневмония, абсцесс, плеврит)	Терапевт 1 раз в 3 месяца, пульмонолог 2 раза в год (при постановке на учет и через год)	Отоларинголог, стоматолог, фтизиатр, онколог (по показаниям)	Антропометрия, клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, атипичные клетки, спирометрия с исследованием обратимости обструкции бронхов (по показаниям). Рентген. исследование через 12 месяцев (по показаниям – ранее)

³ Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: метод. рекомендации / под ред. С.А. Бойцова, А.Г. Чучалина. – М., 2014. – 112 с. http://gnicpt.ru/disp_sp.

ПРОФИЛАКТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

С целью профилактики ВП взрослых показаны пневмококковая и гриппозная вакцины.

Показания по использованию неконъюгированной пневмококковой вакцины:

1. Пациенты в возрасте 65 лет и старше без иммунодефицита.
2. Лица в возрасте > 2 лет и < 65 лет с хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистой системы (ХСН, кардиопатии); легких (ХОБЛ); сахарным диабетом; алкоголизмом; печени (цирроз); ликвореей.
3. Лица с иммунодефицитными состояниями в возрасте > 2 лет, включая больных с ВИЧ-инфекцией; лейкемией; болезнью Ходжкина; миеломой; на иммуносупрессивной терапии (включая химиотерапию); с хронической почечной недостаточностью; нефротическим синдромом; органной недостаточностью или трансплантатом.

Поскольку пациентам, нуждающимся во введении пневмококковой вакцины, нередко требуется применение и гриппозной вакцины, следует помнить, что обе вакцины вводятся в один день (в разные руки) без увеличения частоты нежелательных реакций или снижения иммунного ответа либо с перерывом не менее месяца. Оптимальное время введения вакцин: октябрь – первая половина ноября.

Показания для введения противогриппозной вакцины: лица старше 50 лет; пациенты из домов длительного ухода; пациенты с бронхолегочными (в том числе бронхиальная астма, ХОБЛ), сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, заболеваниями почек, иммунодефицитными состояниями (в том числе ВИЧ-инфицированные, получающие иммуносупрессивную и химиотерапию); женщины во 2-м и 3-м триместрах беременности; медперсонал ЛПУ и сотрудники домов длительного ухода; члены семей пациентов, входящих в группы риска; медицинские и социальные работники, осуществляющие уход на дому.

При групповом заболевании пневмонией микоплазменной этиологии показана экстренная химическая профилактика азитромицином единомоментно в дозе 1,5 г всем контактным.

При контакте с инфекционным больным в эпидсезон гриппа у пациентов с неблагоприятным прогнозом течения заболевания (тяжелые сопутствующие заболевания, см. выше), особенно получающих иммуносупрессивную и химиотерапию, беременным показана экстренная химическая профилактика пневмонии вирусной этиологии – осельтамивир, занамивир или умифеновир в профилактической дозе 10 дней.

Формат 60×84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс». Печать оперативная.
Усл. печ. л. 0,69. Уч. изд. л. 0,94. Тираж 16 экз. Заказ 1-1043

Отпечатано в РИЦ Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения.

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9